

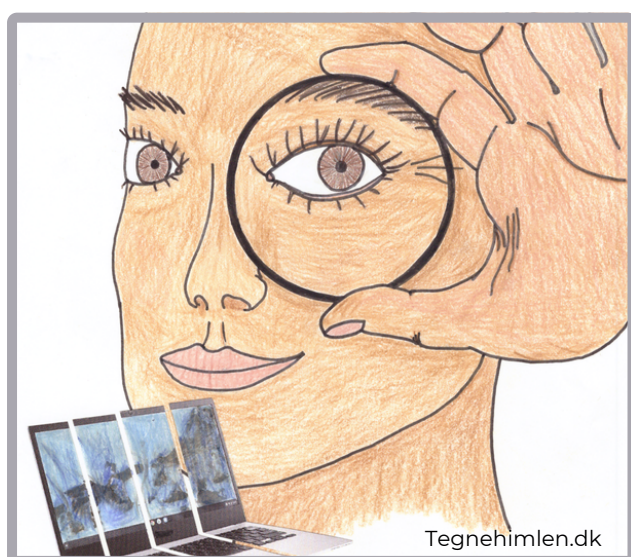


Sygeplejevidenskab.dk
Fag, Disciplin & Fagkundskab

Hvordan kan digital dokumentation blive en vej til sammenhæng i borgerforløb?

Digital dokumentation har medført, at sundhedsprofessionelle bliver reguleret på mikro-niveau af teknologi, sprogbrug og funktioner for at borgere kan blive visiteret til enkeltydelser. Det undertrykker et langsigtet og helhedsorienteret perspektiv på borgerforløbet, der involverer flere aktører i den kommunale organisation.

Julie Duval Jensen, Sygeplejerske, Ph.d., ekstern lektor, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet



Læs artiklen

- Bliv klogere på, hvordan digital dokumentation har forandret sundhedsfaglig praksis i danske kommuner
- Læs om hvordan digital dokumentationspraksis udfordrer sammenhæng i borgerforløb
- Hvorfor dokumentationsmetoder og dokumentationssystemer bør udvikles sammen med praksis for at skabe sammenhængende borgerforløb

Introduktion

Artiklen bygger på et phd.-studie og en efterfølgende workshop med kommunale sundhedsprofessionelle. Studiet har undersøgt digital dokumentationspraksis i sundheds- og ældreområdet i en dansk kommune. Studier viser, at der er mange fordele ved digital dokumentation. Adgang til information i dokumentationssystemer understøtter behandling og ydelser af høj kvalitet, foruden at det sikrer patientsikkerheden ved at reducere medicinfejl.

Imidlertid peger forskning også på, at digital dokumentation kan have utilsigtede effekter, og at implementering af teknologi er udfordrende. I en dansk kontekst er det dog uvist, hvordan digital dokumentationspraksis påvirker sammenhæng i borgerforløb.

Metode

Gennem et casestudie-design blev der indsamlet data ved hjælp af dokumenter, feltobservationer og interviews.

Resultater

Tre delanalyser illustrerede forskellige aspekter af forandringsprocesser i den digitale dokumentationspraksis. De samlede resultater diskuteres ud fra tre perspektiver om sammenhæng; nemlig relationer, informationer og koordinering.

Konklusion

Studiet viser, at digital dokumentation udøves af sundhedsprofessionelle, som fortolker både digitale og teknologiske funktioner til en fragmenteret praksis med et fokus på organisatorisk effektivitet og dataproduktion. Denne fortolkning af digitale og teknologiske aspekter af den digitale dokumentationspraksis har negative konsekvenser for borgerforløb.

Nøgleord Dokumentation, digitalisering, borgerforløb, kommunal praksis, ældrepleje.

Introduktion

I kommunal sundheds- og ældrepleje er digital dokumentation en integreret del af praksis. I dette studie betragtes digital dokumentation som en institutionaliseret praksis (1), der ofte tages for givet i sundhedsprofessionel praksis.

Artiklen indledes med en kort gennemgang af forskningsbaseret viden om dokumentation. Herefter følger en oversigt over udviklingen af den kommunale dokumentationsmetode "Fællessprog III".

Herefter beskriver jeg, hvordan casestudiet viser, at digital dokumentation forandrer sundhedsprofessionel praksis og har negativ betydning for sammenhængende borgerforløb.

I kombination med en workshop med kommunale sundhedsprofessionelle tilbydes konkrete anbefalinger til politikere og beslutningstagere.

Sammenhæng i borgerforløb

Meiqari (2) beskriver, at akkumulation af information i patientjournaler er en central del af koordinerede forløb. Sammenhæng i borgerforløb er et begreb, som kan forstås meget forskelligt. Begrebet sammenhæng overlapper med andre begreber, såsom kontinuitet, koordinering og kommunikation (3).

Det er dog veldokumenteret at sammenhæng i borgerforløb i længerevarende forløb er multi-dimensionelt og bør betragtes med tre perspektiver:

1. **Relationen mellem borger og sundhedsprofessionel**
2. **Udveksling af information**
3. **Koordinering i et sømløst system** (2, 4).

Sundhedsfaglig dokumentation

Flere studier peger på, at dokumentation fungerer som et samlet overblik over borgerens forløb, ved at sundhedsprofessionelle deler information med hinanden (5).

Tværasektoriel kommunikation er en særlig udfordring, hvor flere studier peger på, at sundhedsprofessionelle ofte tyer til andre kommunikationsmedier end dokumentationssystemer, når de skal kommunikere med andre om borgerens forløb, fordi de oplever barrierer (6) og anvender telefonen eller patienten selv til at videregive information til andre aktører i forløbet (7).

I et nylig dansk studie påviste Herzum (8), at dokumentationen var utilstrækkelig i 69% af de gennemførte tilsynsbesøg fra Styrelsen for Patientsikkerhed. At dokumentation hænger sammen med kvalitet, og patientsikkerhed påvises i flere internationale studier. Li og kollegaer (9) konkluderer, at når dokumentationspraksis understøtter klinisk praksis, forbedres de kliniske resultater, mens Macke (10) peger på, at understøttelse af forløb i dokumentationssystemet gør sundhedsprofessionelle mere sikre på den kliniske behandling, og at dokumentation sikrer, at det aktuelle pleje- og behandlingsforløb altid er opdateret.

Det ser dog ud til, at digital dokumentation er et tveægget sværd for patientsikkerheden (11). På den ene side kan den digitale dokumentation understøtte patientsikkerheden ved at reducere medicinfejl (12). På den anden side kan der ikke findes evidens for, at den digitale dokumentationsform forbedrer patientsikkerheden. Dette skyldes, at der er risiko for uhensigtsmæssige arbejdsgange og teknologiske fejl (13).

Da sundhedsfaglige journaler blev digitale, blev de også standardiserede (14, 15). Herudover indeholder sundhedsfaglige journaler store mængder data, der anvendes til forskning (16), til politisk prioritering (17) samt til kvalitetsvurdering (18).

Der er forhåbning om, at digitalisering af dokumentation kan medvirke til at strømline processer, hvilket synes at facilitere bedre pleje og behandling (19).

Digital dokumentation i danske kommuner

Siden 1998 har Kommunernes Landsforening og skiftende regeringer haft fokus på dokumentationspraksis. Overordnet set er den digitale udvikling i sundhedsvæsenet drevet af digitaliseringsstrategier, der er udgivet regelmæssigt siden 1999 (20).

Kommunernes Landsforening (KL) har herudover også haft politisk fokus på digitalisering. I forhold til dokumentation, har KL siden 1998 udviklet dokumentationsmetoden "Fælles Sprog" (21). Baggrunden for udviklingen af dokumentationsmetoden var at kunne prioritere indsatsen i takt med et stigende behov, hvor KL så ind i en rekrutteringskrise.

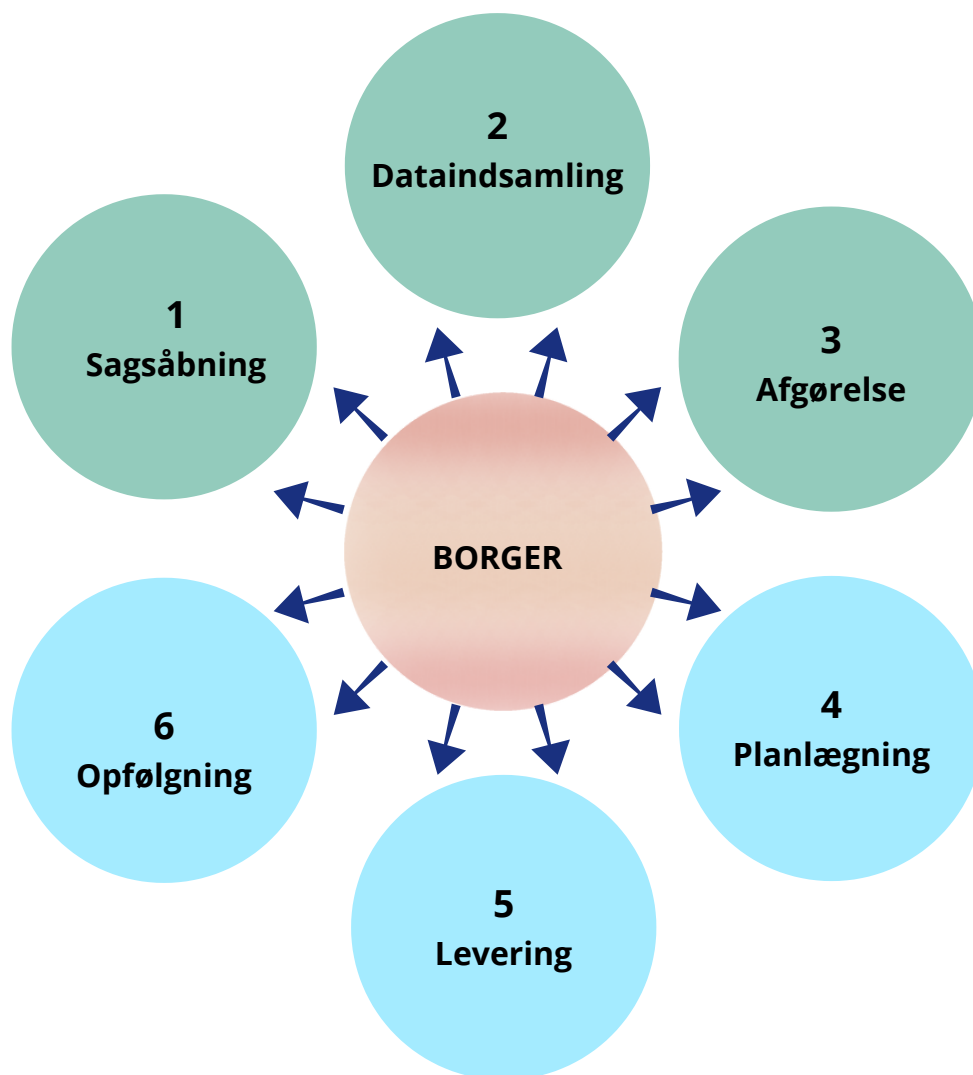
Formålet var altså at kunne levere data, understøtte politisk prioritering og facilitere kommunikation blandt sundhedsprofessionelle. "Fælles Sprog" blev yderligere udviklet i 2004, hvor "Fælles Sprog II" blev udgivet. Igen var hovedformålet med dokumentationsmetoden at sikre både klassifikation af fagsprog og prioritering. Herudover beskriver KL, at "Fælles Sprog" først og fremmest er et registreringssystem (22).

Hvor de første versioner af "Fælles Sprog" havde fokus på servicelovens område, og det der oftest benævnes hjemmepleje og hjemmehjælp (23), så var det sygeplejefaglige område ikke repræsenteret før 2010, hvor KL satte fokus på udfordringer med at sikre kommunal finansiering til øgede opgavemængder via det såkaldte "Partnerskabsprojekt" (24).

Projektet havde til formål at undersøge opgavemængden, tydeliggøre grænsefelterne mellem servicelov og sundhedslov, foruden at udvikle et ledelsesmæssigt og fagligt dokumentationsfokus. Der blev udgivet adskillige rapporter herefter, hvor alle havde fokus på at standardisere sygeplejefaglig dokumentation, hvilket skulle medvirke til et datagrundlag, der kunne generere data og dermed styrke KL's forhandlingsposition i de årlige økonomiaftaler (25-31).

I 2018 udgav KL "Fælles Sprog III" (FSIII). Denne version er udvidet til både servicelov og sundhedslov, og inkluderer standardiseret terminologi og en strømlinet dokumentationsmetode (32). Det blev obligatorisk for alle kommuner at implementere FSIII med økonomiaftalen mellem KL og regeringen i 2017 (33), hvor der også blev eksplicit beskrevet, at dokumentation skulle være ledelsesrelevant og målorienteret.

Dokumentationsmetoden FSIII har flere centrale elementer. Et særligt element er den generiske procesmodel, der beskriver dokumentationsmetodens trin (se **Figur 1**).

FIGUR 1 FSIII dokumentationsmetode (udarbejdet af forfatteren)

Den generiske procesmodel består af 6 trin, som er opdelt i en autorisationsproces (markeret grøn) og en leverandørproces (markeret blå) (32).

Autorisationsprocessen varetages af kommunale visitatorer. Som en del af sagsåbning og dataindsamling anvendes standardiserede funktionsevnetilstande og helbredstilstande til udredning af borgerens behov. Funktionsevnetilstande dækker over borgerens funktioner og vurderes med lovhjemmel i servicelovens § 83.

Der er aktuelt 30 funktionsevnetilstande, der er grupperet i fem områder, hvor hver funktionsevnetilstand kan opdeles i fire niveauer. Helbredstilstande beskriver borgerens helbredssituation og vurderes med lovhjemmel i sundhedsloven §138.

Der er 43 helbredstilstande, der er grupperet i 12 områder med udgangspunkt i sygeplejefaglige behovsområder.

Når borgerens behov er udredt, bevilges visiterede indsatser og disse videresendes til planlæggere i lokale teams. Disse indsatser planlægges i kørelister, hvor borgerens specifikke indsatser planlægges på dagsbasis. Herefter er det sosu-personale, ergoterapeuter og sygeplejersker der leverer indsatser til borgeren på basis af kørelisten.

Metode

Overordnet peger forskning på, at den digitale dokumentationsform har mange muligheder for både sundhedsprofessionelle og borgere.

Danmark er frontløber for digitalisering af dokumentation, hvor implementeringsprocesserne er forgået på flere niveauer.

Der er dog ingen forskning, der undersøger, hvilken betydning den digitale dokumentation har for sammenhæng i borgerforløb.

Formål

Det overordnede formål med studiet var at genere viden om, hvordan sundhedsprofessionelles dokumentationspraksis har indflydelse på sammenhæng i borgerforløb.

Studiet blev gennemført indenfor den institutionelle teori, hvilket muliggjorde et blik på institutionelle elementer, institutionel praksis og institutionelle aktører.

Organisering

Studiet blev forankret ved Aarhus Universitet. Herudover blev der etableret en kommunal følgegruppe, der under projektet blev præsenteret for foreløbige resultater og sikrede adgang samt ledelsesopbakning i organisationen.

Teori

Den teoretiske ramme for studiet var den skandinaviske institutionalisme (34). Denne gren af institutionel teori har fokus på, hvordan idéer cirkulerer og translateres i komplekse netværk af organisationer og aktører. Hermed havde studiet fokus på digital dokumentation som organisatorisk praksis.

Czarniawska-Joerges og Sevón (34) har beskrevet, hvordan idéer rejser som en måde at forstå forandring. I dette studie blev den digitale dokumentation dermed betragtes som en "idé", hvilket gjorde det muligt at undersøge den digitale dokumentation på både makro- og mikroniveau.

Idéer kan manifesteres som tekst, grafik og billeder, der materialiseres som konkrete fysiske objekter.

Herefter sker den næste translation til konkret, institutionaliseret praksis. I og med, at en idé translateres og ikke blot implementeres, vil nogle idéer forandre praksis, mens andre vil forandres væsentligt eller forgå. På ethvert tidspunkt i translationsprocessen kan den originale idé indlejres på ny i en ny kontekst eller indlejres i nye translationsprocesser.

Design

Studiet blev designet som et casestudie (35). Dette blev valgt, da den kommunale sundheds- og ældreorganisation og praksis er kompleks, kontekstuel betinget og påvirket af forskellige aktørers handlinger.

Fokus for casen var den digitale dokumentationspraksis, hvor Sundheds- og Ældreorganisationen i Syddjurs Kommune spillede en understøttende rolle som en typisk case (36). Kommunen er aktiv i digital udvikling og har længe arbejdet med professionel kvalitet.

Under studiet var Sundhed og Ældre organiseret med funktionsopdelt struktur. Hermed blev FSIII modellen afspejlet i den kommunale struktur for dokumentations-praksis. Visitationsenheden var centralt organiseret og varetog trin 1 og trin 2 i dokumentationsmodellen.

Sundhedsprofessionelle med funktion som planlægger varetog planlægning af indsatser i mindre teams (trin 3). Hjemmepleje, hjemmesygepleje og rehabiliteringsenheden var organiseret i siloer, hvor de leverede indsatser til borgeren (trin 4-5).

Organisationen var således opdelt efter både lovgivning og fagområde. I studiet anvendes termen "sundhedsprofessionelle" for alle faggrupper. Herudover anvendes termen "visitator" for sundhedsprofessionelle med visitationsfunktion og "planlægger" for sundhedsprofessionelle med planlægningsfunktion.

Dataindsamling

Der blev anvendt flere metoder til dataindsamling. **Figur 2** illustrerer den samlede dataindsamlingsproces.

Dataindsamling startede i marts 2020 og blev afsluttet i januar 2022. Planen blev justeret flere gange på grund af COVID-19.

23 sundhedsprofessionelle blev inkluderet ud fra kriteriet om, at de skulle være uddannede og uden ledelsesfunktion.

De sundhedsprofessionelle havde alle nogle års erfaring og repræsenterede forskellige dele af organisationen.

I alt deltog 10 social- og sundhedshjælpere, 5 social- og sundhedsassistenter, 6 sygeplejersker og 2 ergoterapeuter.

Studiet blev indledt med dokumentanalyse, hvor dokumenter bidrog til kontekstuel forståelse, historisk overblik og illustrerede forandringsprocesser i den digitale dokumentation.

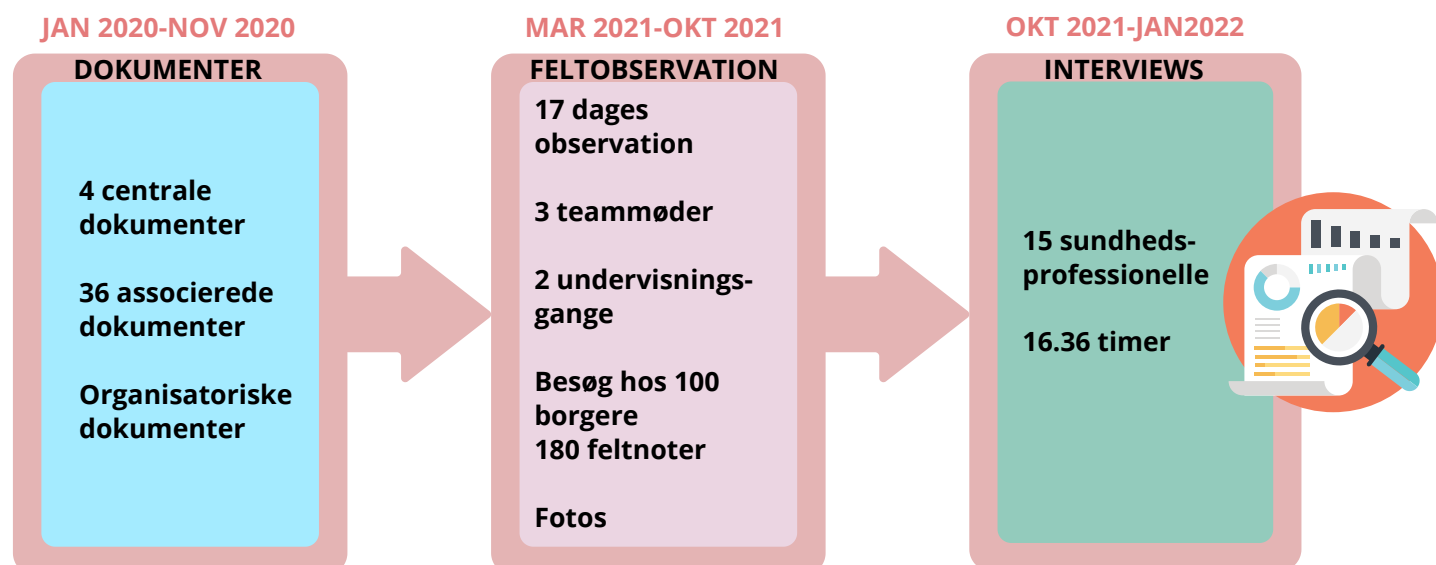
Da studiet blev gennemført i en institutionel teoretisk ramme, fungerede dokumentstudier ved at illustrere digital dokumentation som idé (37), baseret på Bacchi's WPR-tilgang (38).

Herefter gennemførtes feltobservationer, hvor 16 sundhedsprofessionelle blev fulgt i totalt 125 timer. Feltobservationerne blev baseret på Cato Wadel's guide for feltarbejde i egen kultur (39).

Slutteligt gennemførtes 15 interviews med sundhedsprofessionelle, baseret på Kvale og Brinkmanns metodologiske guide (40).

Alle interviews blev gennemført i kommunale lokaler og varede mellem 55 - 90 minutter.

FIGUR 2 Dataindsamling



Analyse

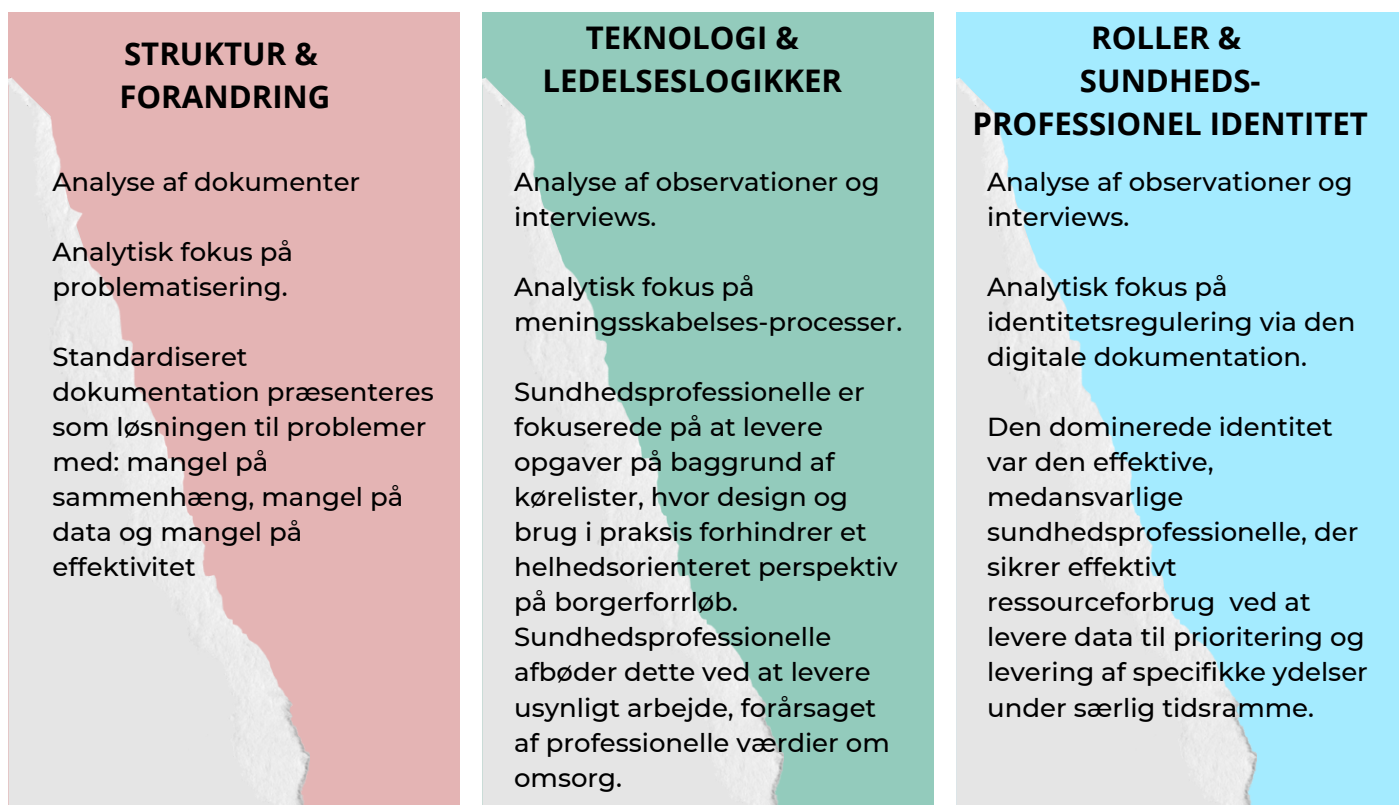
Analysen blev udført som en vekselvirkning mellem emic og etic perspektiver (41).

Et etic perspektiv repræsenterer det teoretiske perspektiv på et givent fænomen, mens et emic perspektiv repræsenterer et perspektiv på fænomenet i dets egen kontekst.

I dette studie blev analyserne gennemført i en vekselvirkning, hvilket bevirkede at etic emner strukturerede den teoretiske ramme, hvor institutionel teori bidrog med et organisatorisk og praksisbaseret perspektiv på dokumentationspraksis. Mens det teoretiske perspektiv sensitiverede dataindsamlingen, dikterede teorien ikke en særlig analytisk tilgang.

Emic emner blev genereret på basis af de empiriske data, hvilket førte til tre større delanalyser (se **figur 3**). Emnerne blev analyseret samlet i en kreativ proces (42).

Figur 3 Delstudier



Resultater

Samlet set illustrerer de tre delanalyser (37, 43, 44), at idéen om digital dokumentation translateres til en dokumentationsmetode, der operationaliseres i et dokumentationssystem. Dette indlejres i en særlig organisatorisk struktur, hvor sundhedsprofessionelle bliver reguleret på mikro-niveau af teknologi, sprogbrug og funktioner for at understøtte den effektive organisation.

Sundhedsprofessionelle skabte mening med dokumentationssystemet i en kontekst præget af en særlig ledelseslogik, hvor borgerforløbet var organiseret med blik for enkeltydelser, der blev løst som isolerede opgaver. Dette undertrykker et langsigtet og helhedsorienteret perspektiv på borgerforløbet, der involverer flere aktører i den kommunale organisation.

I det følgende afsnit diskuteres de samlede resultater med det teoretiske perspektiv på sammenhæng i borgerforløb. Herefter udvides diskussionen med et praksisperspektiv på dokumentationspraksis på baggrund af en afholdt workshop.

Diskussion

Som beskrevet i baggrundsafsnittet, så kan sammenhæng i borgerforløb betragtes med tre perspektiver: 1: Relationen mellem borger og sundhedsprofessionel, 2: udveksling af information og 3: Koordinering i et sømløst system (2).

Relationel kontinuitet, forstået som relationen mellem borger og sundhedsprofessionel (3), har i et patientperspektiv stor betydning for oplevelsen af sikkerhed – hvis patienter kender deres læge, føler de større tillid (45).

Herved tyder forskning på, at relationel kontinuitet medfører bedre kliniske outcomes i fysioterapibehandling (46).

En sådan relation kræver umiddelbart, at det er den samme sundhedsprofessionelle, der har kontakt med borgeren.

I og med, at der ofte kom flere forskellige sundhedsprofessionelle i løbet af et døgn, kan det dog diskuteres, om det er muligt at opnå denne form for relationel kontinuitet ved, at den sundhedsprofessionelle havde indgående kendskab til borgeren og dennes forløb.

I dette studie var det tydeligt, at sundhedsprofessionelle ofte havde indgående kendskab til borgerne, uden at læse i dokumentationssystemet.

Der kunne altså observeres en form for kollektiv hukommelse, der ikke var relateret til information i systemet. I tilfælde, hvor den sundhedsprofessionelle dog ikke havde haft kontakt til borgeren før, forsøgte de at finde informationer i dokumentationssystemet.

Informationsudveksling omhandler at dele information om forløb og er forbindelsen mellem det relationelle aspekt og koordinering (3). Denne forståelse gengives også i den digitale strategi (47), hvor forskning understøtter, at viden i dokumentationssystemer giver overblik over sygeplejefaglige forløb (48) og har stor betydning i overgange (49).

Dette studie viser, at sundhedsprofessionelle ofte prioriterede at afkrydse i bokse og dokumenterede ved at trykke "markér som leveret" efter besøget.

Det vil sige, at sundhedsprofessionelle ofte dokumenterede, at de havde leveret en given indsats, men sjældent aktivt skrev i journalen.

Det hænger muligvis sammen med de sundhedsprofessionelles sprogbrug om, at de kun "dokumenterede ved afvigelser" (43). Dette kan have sammenhæng med, at der i den seneste vejledning om journalføring (50) er beskrevet, at der skal dokumenteres i "nødvendigt omfang". En praksis der muligvis kan medføre, at der ikke sker tidsmæssig opdatering af journalen, og at den derfor ikke afspejler borgerens aktuelle situation.

Koordination i borgerforløb omhandler at planlægge og koordinere aktiviteter som integreret praksis (3). I studiet var det tydeligt, at de fleste sundhedsprofessionelle havde fokus på egne aktiviteter, hvor borgerens indsatser var illustreret i forskellige sundhedsprofessionelles kørelister som "opgaver".

Herudover var de sundhedsprofessionelle under studiet organiseret efter lovhjemmel, uddannelsesmæssig baggrund og geografi, hvilket tillige havde betydning for budgettildeling og allokering af ressourcer.

I et nyt studie beskriver Montano (51), at tid og penge spiller en stor rolle i implementering af interprofessionelt samarbejde i en ældre-kontekst. Det afspejles også i dette studie, hvor effektivitet og økonomi var i forgrunden for den sundhedsfaglige praksis, hvilket førte til en høj grad af fragmentering med fokus på enkeltopgaver (37, 43, 44).

Ljungholm (52) beskriver, at borgere oplever kontinuitet i behandlingen, når sundhedsprofessionelle har viden om tidligere sundhedsfaglige aktiviteter, er orienteret om historik og hvilken plan der var lagt for forløbet fremadrettet.

Interesseorganisationen Danske Patienter har derudover udgivet en rapport, der beskriver, at borgere oplever kvalitet "Når der er styr på mig og mit forløb" (53).

Her beskriver patienter, at sundhedsvæsenet opleves som komplekst, og at det derfor er vigtigt, at sundhedsprofessionelle har viden om tidligere, nuværende og fremtidig behandling.

Flere kommuner arbejder med nye organiseringsformer, der netop skal understøtte relationer og sammenhæng i forløb (54). Herudover har regeringen netop lanceret en ældrereform, der har fokus på helhedspleje, mindre teams og mindre dokumentation (55).

Dette studie peger dog på, at netop ønsket om sammenhæng udfordres af mangel på dokumentation, da der så mangler den nødvendige viden i dokumentationssystemet.

Workshop

Efter studiet blev gennemført, blev der afholdt en opfølgende workshop i kommunen med fokus på dokumentationspraksis i Sundhed og Ældre. Formålet med workshoppen var at skabe mulighed for at undersøge og videreudvikle praksis i et fællesskab mellem forskning og praksis (56).

På workshoppen deltog medarbejdere med nøglefunktion indenfor faglig dokumentation, kvalitetsmedarbejdere, systemadministratorer, repræsentanter fra faglige organisationer og medarbejdere fra udekørende borgerteams.

På workshoppen diskuterede gruppen forskningsresultaterne og sammenlignede disse med egne oplevelser og praksis. I Jørgensens terminologi (56) var der tale om en dialogisk workshop, som havde til formål at skabe yderligere forståelse af dokumentationspraksis.

Deltagerne blev præsenteret for studiets resultater og kunne i høj grad genkende disse fra daglig praksis. Nuværende dokumentationspraksis blev drøftet med fokus på, hvad der fungerede godt, og hvad der blev oplevet som udfordringer.

Ønskescenariet for digital dokumentation

Generelt set var deltagerne enige om, at digital dokumentation fungerer godt når:

- Det er nemt at finde information om borgeren
- Når oplysninger er kronologiske
- Når handlingsanvisninger er velbeskrevet
- Når dokumentationssystemet har en intuitiv brugergrænseflade
- Når der er tydelig enighed om, hvordan information skal kategoriseres
- Når borgeren medinddrages i de informationer, der skrives
- Når der er tid til at dokumentere

Det er væsentligt, at deltagerne i denne del af workshoppen gengav "ønskescenarier", frem for den aktuelle praksis. Det var vanskeligt for gruppen umiddelbart at komme med eksempler på gode oplevelser med dokumentation, og der var en høj grad af frustration omkring den digitale dokumentation. Der var en længere dialog om udfordringerne ved dokumentation.

Udfordringer med digital dokumentation

Deltagerne beskrev her, at den digitale dokumentation er en udfordring når:

- Der er mangel på tid til dokumentation
- Når der ikke er de kategorier i systemet, der var behov for – eller for mange
- Der er mangel på overblik over den enkelte borgers forløb
- Når der ikke bliver læst i journalen, hvilket skaber utryghed hos borgeren
- Når der mangler oplysninger
- Når der mangler udstyr eller plads til dokumentation
- Når der er afgrænset i systemet, hvad der er muligt at læse, fx efter organisationstilknytning eller lovgivning

Derudover beskrev deltagerne en følelse af "at man aldrig kommer helt til bunds" i borgerens forløb, fordi dokumentationspraksis blev oplevet som uoverskuelig og vanskelig at gennemskue.

Anbefalinger til dokumentationspraksis

Workshoppen blev afsluttet ved, at deltagerne sammen formulerede anbefalinger til dokumentationspraksis. Disse kan opdeles i to emner:

Styring

- Det anbefales, at beslutningstagere anerkender, at dokumentation er en faglig aktivitet, som sundhedsprofessionelle aktivt anvender for at understøtte faglig praksis. Dokumentation er for sundhedsprofessionelle en umiddelbar ressource til kompetenceudvikling, fx i forbindelse med handlingsanvisninger for sårbehandling eller indgift af sondeernæring. Herudover understøtter faglig dokumentation den faglige behandling og faglig refleksion.

- Det anbefales, at der sker kontinuerlig oplæring og introduktion til dokumentationspraksis og dokumentationssystemer. Der bør afsættes realistiske tidsplaner for dette, ligesom der er behov for kontinuerlig ledelsesmæssig opbakning.
- Det anbefales, at der arbejdes på at minimere det ønskede datatræk fra dokumentationssystemet. Der er i høj grad en oplevelse af, at dokumentationssystemet ikke afspejler valide data, da der er en for høj grad af kategorier, der kan dokumenteres i. Herudover afspejler den aktuelle mikrostyring i form af specificerede ydelser på minutniveau ikke den aktuelle praksis.
- Det anbefales, at man overordnet set arbejder på ny organisering af ældreområdet med forenkling af regler og opdelinger i søjler, lovgivning og Fælles Sprog III-metoden. Ældreområdet og sundheds- samt sygeplejeområdet bør samtænkes som én samlet aktør i det kommunale borgerforløb.

Brugergænsefladen

- Det anbefales, at dokumentationssystemer udvikler brugergænsefladen med overblikssider, der giver overblik for alle faggrupper. Det er her væsentligt, at fokus bør være på borgerens forløb og ikke den enkelte organisation eller faglige tilhørsforhold. Det er en fordel, hvis overblikket er kronologisk og nemt kan tilgås for de sundhedsprofessionelle.
- Generelt set bør både systemudbydere og lokale organisationer gentænke mængden af kategorier. Hvis der er mange kategorier, skaber det u hensigtsmæssig dokumentationspraksis, hvor dokumentation ikke præsenteres korrekt, idet der er for mange forskellige steder at lagre oplysningerne. Hermed bliver de vanskelige at genfinde for de sundhedsprofessionelle, der kan miste væsentlige oplysninger.

Konklusion

Dette studie havde til formål at undersøge den digitale kommunale dokumentationspraksis, og hvordan dette påvirker sammenhæng i borgerforløb.

Baseret på studiet, argumenterer jeg for, at den digitale dokumentation bliver anset som en væsentlig aktivitet i faglig praksis, og at det beskrives som en måde, hvorpå der kan skabes datagrundlag og sammenhæng i forløb.

I studiet finder jeg, at dokumentationssystemer i danske kommuner er translateret til styringssystemer, der er designet til at kontrollere økonomiske ressourcer og optimere organisatoriske arbejds gange.

Dokumentationssystemet er designet på en sådan måde, at det er vanskeligt for de sundhedsprofessionelle at få overblik over den individuelle borgers forløb og understøtter ikke samarbejde mellem faggrupper og teams i organisationen. Hermed påvirkes borgerforløb i høj grad af den digitale dokumentation, idet den digitale dokumentationspraksis fører til fragmentering af forløb. Herudover har den digitale dokumentation betydning for den sundhedsprofessionelles identitet.

Den dominerende identitet for de sundhedsprofessionelle er effektive, medansvarlige medarbejdere, der skal sikre data og effektivitet i organisationen. Hermed udfordres sammenhæng i borgerforløb af den aktuelle digitale dokumentationspraksis.

De digitale og teknologiske funktioner, baseret på "FSIII-metoden" og organisatorisk prioritering, fører til en fragmenteret praksis med fokus på enkeltydelser i stedet for forløb i samarbejde. Det skal dog fremhæves, at sundhedsprofessionelle forsøger at afbøde fragmentering ved at levere usynligt arbejde og baseret på faglige værdier for dokumentation og omsorg.

Dette indikerer, at den digitale dokumentationspraksis fortsat er under forandring, og den fragmenterede praksis møder nogen modstand.

Implikationer og anbefalinger

Studiet og den efterfølgende workshop har flere implikationer for praksis. I det foregående afsnit er der beskrevet anbefalinger til dokumentation. Herudover skal der peges på, at dokumentationspraksis bør udvikles i et samspil mellem praksis, systemudviklere, organisationer, politikere og forskere.

Digital dokumentation er fortsat et underbelyst forskningsfelt, der i høj grad trænger til udforskning. Der er adskillige områder, der bør undersøges nærmere. Først og fremmest er der aktuelt ikke beskrevet en faglig ramme for dokumentation.

I dag er digital dokumentation i kommunerne rammesat af "Fælles Sprog III", der ikke direkte repræsenterer en faglig tilgang til at understøtte sammenhæng. Herudover er de kommunale organisatoriske funktioner som visitator og planlægger underbelyst. Funktionerne anvendes i alle kommunale organisationer, men deres betydning og effekt på sammenhæng er ikke tydelig.

Til slut skal det nævnes, at borgerne og deres pårørende ikke har en stemme i dansk forskning om digital dokumentation, på trods af, at det er deres forløb, der dokumenteres om. Her er det væsentligt, at antallet af borgere, der modtager kommunale ydelser i Sundhed og Ældre, stiger, og at deres viden og oplevelser kan bidrage med vigtig indsigt om deres præferencer, behov og udfordringer i relation til sammenhæng i borgerforløbet.

Støtte

Projektet er støttet af Sundhedskartellet/KL; Aarhus Universitet, Helsefonden og Syddjurs Kommune

Referencer

1. Scott WR. Institutions and organizations : ideas, interests and identities. 4. ed. Thousand Oaks, Calif: SAGE; 2014.
2. Meiqari L, Al-Oudat T, Essink D, Scheele F, Wright P. How have researchers defined and used the concept of 'continuity of care' for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. *Health research policy and systems*. 2019;17(1):1-14.
3. Bahr SJ, Weiss ME. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *International journal of nursing practice*. 2019;25(2):e12704-n/a.
4. Andres C, Spenceley S, Cook LL, Wedel R, Gelber T. Improving primary care: Continuity is about relationships. *Canadian family physician*. 2016;62(2):116-9.
5. Kuusisto A, Saranto K, Korhonen P, Haavisto E. Accessibility of care plan information from previous treatment setting in palliative care unit: A qualitative study. *Nursing Open*. 2023;10(2):498-508.
6. Leff B, Boyd CM, Norton JD, Arbaje AI, Pierotti DM, Carl K, et al. Skilled home healthcare clinicians' experiences in communicating with physicians: A national survey. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2022;70(2):560-7.
7. Andersen AB, Beedholm K, Kolbæk R, Frederiksen K. The role of 'mediators' of communication in health professionals' intersectoral collaboration: An ethnographically inspired study. *Nursing inquiry*. 2019;26(4):e12310-n/a.
8. Hertzum M. Electronic health records in danish home care and nursing homes: Inadequate documentation of care, medication, and consent. *Applied Clinical Informatics*. 2021;12(1):27-33.
9. Li L, Kruger M, Kim N, Ong S, Riley S, Cameron K, et al. A Novel Approach to Delivering Evidence-based, High-quality Care in Psychiatry Through an Electronic Integrated Care Pathway (eICP) Pilot. *Psychiatric Quarterly*. 2023.
10. Macke LB, Sieja A, Suresh K, Schilling LM. EHR-Integrated Clinical Pathways Promote Education, Confidence, and Save Time for Primary Care Providers. *American journal of medical quality*. 2022;37(6):528-34.
11. Desmedt M, Pless S, Dessers E, Vandijck D. Integrating and safeguarding care: The potential role of health information technologies. *International Journal of Care Coordination*. 2017;20(3):112-8.
12. Cam H, Kempen TGH, Eriksson H, Abdulreda K, Franzon K, Gillespie U. Assessment of requests for medication-related follow-up after hospital discharge, and the relation to unplanned hospital revisits, in older patients: a multicentre retrospective chart review. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1).
13. Upadhyay S, Hu H-f. A Qualitative Analysis of the Impact of Electronic Health Records (EHR) on Healthcare Quality and Safety: Clinicians' Lived Experiences. *Health services insights*. 2022;15:11786329211070722-.
14. Bonde M, Bossen C, Danholt P. Data-work and friction: Investigating the practices of repurposing healthcare data. *Health informatics journal*. 2019;25(3):558-66.
15. Pöder U, Fogelberg-Dahm M, Wadensten B. Implementation of a multi-professional standardized care plan in electronic health records for the care of stroke patients. *Journal of nursing management*. 2011;19(6):810-9.
16. Engel N, Wang H, Jiang X, Lau CY, Patterson J, Acharya N, et al. EHR Data Quality Assessment Tools and Issue Reporting Workflows for the 'All of Us' Research Program Clinical Data Research Network. *AMIA Annual Symposium proceedings*. 2022;2022:186-95.
17. Martínez-Alés G, Cruz Rodríguez JB, Lázaro P, Domingo-Relloso A, Barrigón ML, Angora R, et al. Cost-effectiveness of a Contact Intervention and a Psychotherapeutic Program for Post-discharge Suicide Prevention. *Canadian journal of psychiatry*. 2021;66(8):737-46.
18. Curtis JR, Sathitranacheewin S, Starks H, Lee RY, Kross EK, Downey L, et al. Using Electronic Health Records for Quality Measurement and Accountability in Care of the Seriously Ill: Opportunities and Challenges. *Journal of palliative medicine*. 2018;21(S2):S52-S60.
19. Leoni-Scheiber C, Mayer H, Müller-Staub M. Relationships between the Advanced Nursing Process quality and nurses' and patient' characteristics: A cross-sectional study. *Nursing open*. 2020;7(1):419-29.
20. Ministry of Health. National strategy for IT in the hospital system 2000-2002. Kbh: Sundhedsministeriet; 1999.
21. KL - Local Government Denmark. Worth knowing about Common Language - Moving on with Common Language. Kbh.; 2002.
22. KL - Local Government Denmark. Common Language II: Documentation of decisions on the Municipal area of the elderly and disabled. Kbh.; 2004.
23. Social service act, (2022).
24. KL - Local Government Denmark. Background note - documentation and management of home nursing. Kbh.; 2010.
25. KL - Local Government Denmark. How is the quality of nursing care ensured? Kbh.; 2012.



- 26.** KL - Local Government Denmark. Management handbook in good documentation practices. Kbh.; 2013.
- 27.** KL - Local Government Denmark. Guidelines for common accounting practice regarding tasks under §138 of the Danish Health Act. Kbh.; 2013.
- 28.** KL - Local Government Denmark. Concluding note on the partnership project on home nursing. Kbh.; 2013.
- 29.** KL - Local Government Denmark. Organization of home nursing. Kbh.; 2013.
- 30.** KL - Local Government Denmark. Delegation note. Kbh.; 2014.
- 31.** KL - Local Government Denmark. Management of home nursing - note for inspiration. Kbh.; 2014.
- 32.** KL - Local Government Denmark. Common Language Platform - the method handbook vs. 1.61. Kbh.; 2019.
- 33.** Ministry of Finance. Agreement on the municipalities' finances for 2018. 2017.
- 34.** Czarniawska-Joerges B, Sevón G. Translating organizational change. Berlin ; Walter de Gruyter; 1996.
- 35.** Stake RE. The art of case study research. London: Sage; 1995.
- 36.** Stake RE. Case Studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. 2. ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2000.
- 37.** Duval Jensen J, Ledderer L, Beedholm K. How digital health documentation transforms professional practices in primary healthcare in Denmark: A WPR document analysis. Nursing inquiry. 2023;30(1):e12499-n/a.
- 38.** Bacchi C, Goodwin S. Poststructural policy analysis: A guide to practice. 1st ed. 2016. ed. New York: Palgrave Macmillan US; 2016.
- 39.** Wadel C. Feltarbeid i egen kultur. Revidert utgave, 1. opplag ed. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2014. 238 sider p.
- 40.** Kvale S, Brinkmann S. Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3. udgave. 1. oplag. ed. Kbh: Hans Reitzel; 2015.
- 41.** Abma TA, Stake RE. Science of the Particular: An Advocacy of Naturalistic Case Study in Health Research. Qualitative health research. 2014;24(8):1150-61.
- 42.** Thornberg R. The SAGE Handbook of Qualitative Research Design. 2022 2023/05/01. 55 City Road 55 City Road, London: SAGE Publications Ltd. Available from: <https://sk.sagepub.com/reference/the-sage-handbook-of-qualitative-research-design>.
- 43.** Duval Jensen J, Ledderer L, Kolbæk R, Beedholm K. Fragmented care trajectories in municipal healthcare: Local sensemaking of digital documentation. DIGITAL HEALTH. 2023;9:20552076231180521.
- 44.** Duval Jensen J, Beedholm K, Kolbæk R, Ledderer L. Digital documentation as co-producer of the efficient healthcare professional – a qualitative case study in municipal healthcare in Denmark. Under review.
- 45.** Murphy M, Salisbury C. Relational continuity and patients' perception of GP trust and respect: a qualitative study. British journal of general practice. 2020;70(698):E676-E83.
- 46.** Adam MD, Ness DK, Hollman JH. Physical Therapy Provider Continuity Predicts Functional Improvements in Inpatient Rehabilitation. Journal of neurologic physical therapy. 2023;47(2):91-8.
- 47.** Ministry of Health and Elderly. Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle : strategi for digital sundhed 2018-2022. Kbh.: Sundheds- og Ældreministeriet; 2018.
- 48.** Dowding DW, Russell D, Onorato N, Merrill JA. Technology Solutions to Support Care Continuity in Home Care: A Focus Group Study. Journal for healthcare quality. 2018;40(4):236-46.
- 49.** Sockolow PS, Bowles KH, Wojciechowicz C, Bass EJ. Incorporating home healthcare nurses' admission information needs to inform data standards. Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA. 2020;27(8):1278-86.
- 50.** Ministry of Health. Guidance on nursing professional records - INSTR no. 9521 of 01/07/2021. København.; Sundhedsministeriet.; 2021.
- 51.** Montano AR, Cornell PY, Gravenstein S. Barriers and facilitators to interprofessional collaborative practice for community-dwelling older adults: An integrative review. Journal of clinical nursing. 2023;32(9-10):1534-48.
- 52.** Ljungholm L, Klinga C, Edin-Liljegren A, Ekstedt M. What matters in care continuity on the chronic care trajectory for patients and family carers?—A conceptual model. Journal of clinical nursing. 2022;31(9-10):1327-38.
- 53.** Danish Patients. Patients have the floor: That's quality for us. Kbh.;; 2023.
- 54.** Knowledge across. Project description: Development room for municipalities about small teams in home care vpt.dk2023 [Available from: https://vpt.dk/sites/default/files/2022-04/Projektbeskrivelse_U%C3%98.pdf].
- 55.** Regeringen. Regeringens ældrereform - du bliver aldrig for gammel til at have det godt. Social- og boligministeriet; 2024.
- 56.** Jørgensen HH. Workshop som metode til bæredygtig pædagogisk forskning med afsæt i et forskningsprojekt om kvalificering af pædagogisk praksis. Forskning & forandring. 2020;3(2):107-25